N° 44.

14.

DISSERTATION

SUR

LE FLUX DE SANG UTÉRIN

APRÈS L'ACCOUCHEMENT.



PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 5 MAI 1837;

PAR HENRI BOREL,
Bourgeois de Moudon (Canton de Vaud), EN SUISSE;
Ancien Étudiant régulier de l'Académie de Lausanne; Bachelier ès-lettres de l'Académie de Paris;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

Anima enim omnis carnis in sanguine est.
Biblia sacra.



MONTPELLIER,
IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.
1837.

A LA MÉMOIRE DE MES GRAND-PÈRE ET GRAND'MÈRE,
BOREL-FRANK.

Regrets......

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Reconnaissance... , respect....., amour filial....., dévouement.

A MON GRAND-PÈRE JOLY.

Amour filial, et vénération pour sa vieillesse toute blanche.

A MON ONCLE HENRI BOREL,
A MA TANTE LOUISE SOMMERS, NÉE BOREL,
ET A MA COUSINE LOUISE NIESTRASS, NÉE BOREL.

Attachement inviolable.

A MON JEUNE FRÈRE LOUIS ET A MES SOEURS HENRIETTE ET MARIE.

Amour et dévouement fraternel.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS.

Salut.......

H. BOREL.



DISSERTATION

SUR

LE FLUX DE SANG UTÉRIN

APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

INTRODUCTION.

L'ACTE organico-vital, qui, dans la femme, commence à la conception et se continue pendant la grossesse, est principalement un mouvement d'expansion qui, du centre de l'embryon, s'irradie à la circonférence de l'appareil génital. Par suite d'une harmonie préétablie, ce travail, éminemment formateur, qui, à l'aide de fluxions nerveuses et sanguines, crée des organes nouveaux et fait subir de si larges modifications à ceux qui existent déjà, cesse au moment où le but de la nature est rempli, c'est-à-dire lorsque le fœtus a acquis, par son développement, cette activité propre et indépendante qui cons-

titue la vie extra-utérine. A cette époque, un mouvement opposé au précédent s'établit dans le département utérin ; tout revient vers le centre par l'effet de contractions brusques et visibles qui décident l'accouchement, plus lentes et moins sensibles ensuite durant l'état puerpéral. Enfin, aidées par des dégorgements et les absorptions interstitielles, ces contractions amènent les parties à cet état d'indifférence vitale et d'amoindrissement anatomique suffisant pour l'exercice des fonctions de la femme, et qui contraste si fort avec la suractivité dont l'imprégnation a été le signal.

Si le premier mouvement d'expansion est contrarié par un travail inverse trop hâtif, on peut craindre l'avortement ou l'accouchement prématuré, funestes généralement à la mère, et surtout à l'enfant; si, le terme de l'accouchement étant arrivé, la période centripète ne s'établit pas, ou bien si les phénomènes qui la caractérisent sont empêchés par une cause quelconque, l'accouchement sera difficile; si, enfin, celui-ci étant terminé, le retrait vital et organique ne peut s'exécuter, il en résultera, pour la femme, des maladies que leur gravité et les difficultés de leur thérapeutique recommandent particulièrement à l'attention du médecin.

Parmi ces dernières maladies, l'hémorrhagie utérine étant une des plus communes et des plus embarrassantes pour le praticien, j'ai dû l'étudier avec un soin spécial. Comme je serai probablement appelé plus d'une fois à la combattre, j'ai dirigé mes méditations de ce côté pour le faire plus fructueusement; mais j'ai surtout compté sur les bons avis et les corrections de mes juges. C'est une dernière leçon que je demande à MM. les professeurs, sur un point difficile, avant de me livrer à la pratique.



Il est vrai, comme je l'ai dit tout à l'heure, que le phénomène dominant, depuis le commencement de l'accouchement jusqu'à la terminaison de l'état puerpéral, est un mouvement de contraction, de rapetissement; mais ce mouvement ne peut s'exercer avec succès que tout autant qu'il est aidé par l'élimination des solides, et sur-

tout des fluides qui se sont agglomérés pendant la grossesse. Cette élimination ne peut s'opérer que par deux procédés : l'absorption et le dégorgement, qui se balancent réciproquement suivant une foule de circonstances, mais dont le résultat synergique assure les effets antifluxionnaires du mouvement centripète. C'est à l'intérieur que se répandent les fluides absorbés; c'est à l'extérieur que s'écoulent les fluides dégorgés. Or, le sang existant en grande quantité dans le tissu de la matrice, et son évacuation étant facilitée par le volume du vaisseau et l'état dans lequel le décollement du placenta place les parois utérines, on s'explique très-bien pourquoi une plus ou moins grande quantité de ce liquide flue par le vagin après l'accouchement.

Mais cet écoulement n'est pas une hémorrhagie : tout au contraire, c'est une fonction éminemment physiologique dont l'absence compromettrait l'existence ou la santé de la mère, parce que le mouvement contractile dont il a été si souvent question en serait notablement contrarié, et que la pléthore locale, dont la résolution est devenue nécessaire, ne serait pas sans dangers.

Le flux de sang ne devient maladie, hémorrhagie, que lorsque, par sa quantité ou sa persistance, il tend à placer la femme dans des conditions fâcheuses.

On a comparé la surface interne de l'utérus, après la séparation du placenta et des membranes, à une plaie qui doit, comme toute plaie, se dégorger, suppurer, se cicatriser. Cette comparaison m'a toujours choqué: je n'ai jamais pu comprendre qu'une chose aussi éminemment physiologique que l'état puerpéral, fût compatible avec la présence d'une aussi vaste solution de continuité dans le tissu de l'utérus, devenu, par le fait de la grossesse, si riche en sympathies et en retentissement organique. Y a-t-il déchirure lors de la séparation du placenta et des membranes? ou bien simple décollement de surfaces contiguës? Cette dernière opinion est, sans contredit, la plus probable. L'état suppuratif ne m'est pas plus démontré, à moins de se laisser tromper par des apparences grossières. Et quant à la formation d'une véritable cicatrice, c'est encore un être de raison que

rien ne peut démontrer, et dont l'admission entraînerait à des conséquences au moins singulières. Comment, en effet, supposer qu'une femme pût concevoir de nouveau après l'établissement d'un corps inodulaire, et mener à terme, dans cet état, un enfant bien constitué? Si cette supposition répugne après un premier enfant, comment admettre sa possibilité après un grand nombre de grossesses?

Quoi qu'il en soit, voici ce qui se passe dans l'accouchement normal: après la délivrance, un flot de sang s'écoule. Le sang qui s'échappe ensuite s'accumule dans la cavité utérine, encore fort ample; de sorte que ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'il recommence à fluer au dehors: c'est encore du sang pur. Mais celui qui stagne dans la matrice se prend en caillots, qui sont expulsés par suite de contractions devenues douloureuses, et qu'on appelle tranchées utérines, tranchées qui sont d'autant plus intenses que la femme a fait plus d'enfants.

Ces douleurs commencent peu d'instants après la délivrance, et continuent souvent jusqu'à la fièvre de lait. J'ai vu des cas où elles existaient même après la cessation de cette fièvre.

Toutefois le sang, qui s'écoulait à peu près pur dans les moments voisins de la délivrance, se mêle ensuite à d'autres matières qui altèrent sa couleur; ou bien il cesse peu à peu de couler, de sorte qu'au bout de douze heures environ, ce n'est plus qu'une sérosité sanguinolente. La fièvre de lait supprime ordinairement toute espèce d'écoulement vaginal, et après cette fièvre, le flux mérite particulièrement le nom de lochies; il est blanc, jaunâtre, plus ou moins épais, d'une odeur particulière, etc.

Il n'est pas rare cependant que le sang continue à couler plus ou moins pur, ou bien qu'il se montre encore après avoir disparu plus ou moins long-temps. Ceci dépend souvent de la constitution particulière de la femme. Tel sujet a des lochies sanguines, tel autre les a particulièrement muqueuses; de là des nuances dont l'explication importe peu ici.

Mais voici qui mérite attention: si la femme en couches ne garde pas le repos; si, par l'incurie des personnes qui l'entourent, ou par

sa propre négligence, elle ne suit pas le régime que la prudence indique en pareille circonstance, l'écoulement sanguin sera plus considérable et durera plus long-temps (1), mais la constitution de la femme prend souvent le dessus, et le flux, quoique plus considérable qu'il ne devrait l'être, ne devient pas morbide.

La réapparition du sang s'explique de même par une infraction aux règles hygiéniques. Ainsi, une promenade, un voyage en voiture, un excès d'alimentation, etc., sont souvent suivis d'un nouvel écoulement.

Les cas dont je viens de parler n'étant pas ordinairement bien fâcheux, sont de véritables intermédiaires entre l'état physiologique et l'état morbide. Je suis donc arrivé naturellement à celui-ci, et c'est lui que je vais maintenant étudier exclusivement.

De l'écoulement de sang pathologique ou de la Métrorrhagie après l'accouchement.

J'ai dit que l'hémorrhagie était un écoulement de sang qui, par

---

(1) C'est une vérité connue des praticiens que, dans la classe pauvre, les lochies sanglantes sont plus communes et plus longues, probablement parce que les femmes reprenant plus vite leurs exercices ordinaires, empêchent par là l'oblitération des pores par où le sang s'écoule. Cette observation peut servir à deux fins : 1° on ne s'effraiera pas de la présence du sang, vu que les précautions voulues n'auront pas été prises; et dans les cas où le flux prendra une tournure morbide, le repos et la diète suffiront pour rétablir l'équilibre ; 2° quand il s'agira de déterminer l'époque probable d'un accouchement dans un cas d'expertise médico-légale, on aura égard à cette circonstance, et on ne se déterminera pas d'après les règles ordinaires que j'ai exposées plus haut. Qu'on n'oublie pas que, dans les cas d'infanticide, les femmes n'ont pu le plus fréquemment, crainte de soupçons, se conformer au régime puerpéral, et chez elles les lochies sanglantes durent long-temps. Ainsi la présence du sang qui, chez une femme bien soignée, supposera un accouchement récent, n'aura pas une semblable signification chez celles qui ne se seront pas trouvées dans des conditions semblables.

son intensité ou sa durée, pouvait compromettre les jours ou la santé du sujet. Qu'est-ce qui peut la produire ou l'entretenir dans les circonstances qui m'occupent actuellement ?

Pour répondre à cette importante question, je crois utile de rappeler les idées générales émises au commencement de cette dissertation. Tout ce qui favorisera le mouvement contractile dont les parties génératrices sont le siége, éloignera les accidents. Ceux-ci seront, au contraire, provoqués par tout ce qui contrariera l'établissement de ce travail. Étudions l'hémorrhagie sous ce point de vue.

L'empêchement du mouvement centripète peut être dû à des circonstances principalement vitales, ou bien à des circonstances principalement mécaniques. Dans les premières, rien d'explicable matériellement n'empêche l'effacement de la cavité utérine, ou le retrait de ses parois; le vice provient d'un état général de l'organisme, ou bien d'un état particulier de l'utérus qui, dans les deux cas, ne peut fonctionner dans le sens du nouveau travail qui s'établit. Quand le vice est particulièrement mécanique, il provient d'une lésion dont les parois de l'utérus sont le siége, ou bien d'un obstacle dû à la présence d'un corps contenu dans sa cavité.

Je range dans la catégorie des causes vitales favorables à l'établissement ou à la permanence d'une hémorrhagie : 1° un état pléthorique qui peut être général ou local ; 2° un état spasmodique qui peut aussi être général ou local ; 3° l'inertie de l'utérus.

Je place dans la catégorie des causes mécaniques : 1° les solutions de continuité ; 2° les dérangements d'une partie ou de la totalité de l'utérus; 3° la rétention d'un corps quelconque et particulièrement du placenta.

Je dois examiner tour à tour les métrorrhagies, suivant qu'elles reconnaissent l'une ou l'autre de ces causes. Mais auparavant je parlerai de ce qui est commun à toutes, c'est-à-dire l'expulsion en trop grande quantité du sang hors de ses cavités naturelles. Il faut d'abord constater l'hémorrhagie, ensuite en reconnaître la cause, afin d'établir un plan thérapeutique. Tel est le mode qui m'a paru le plus rationnel pour l'exposition de mes idées.

Symptômes des hémorrhagies après l'accouchement.

C'est dans les moments les plus rapprochés de la parturition que l'hémorrhagie apparaît le plus fréquemment, et qu'elle est principalement à redouter. Sa gravité est proportionnée à son abondance, à la possibilité d'en faire disparaître la cause, et surtout à l'état dans lequel la femme aura été placée par suite des circonstances antécédentes. Dans tous les cas, la métrorrhagie est un événement fâcheux après l'accouchement, parce que le sujet est ordinairement alors dans des conditions d'éréthisme nerveux et de débilité qui la rendent principalement accessible à l'action des causes morbides. C'est ainsi, par exemple, que l'état convulsif s'établit facilement à la suite d'un écoulement de sang un peu abondant. « Une remarque singulière et non moins certaine pourtant, dit M. le professeur Dugès (1), c'est que les hémorrhagies utérines prédisposent fortement les femmes en couches à de graves phlegmasies, à la métrite, à la péritonite, dont elles rendent aussi le traitement bien épineux et le pronostic bien alarmant. »

Il importe donc de reconnaître promptement le flux morbide, pour le modérer ou l'arrêter. Il existe, dans le cas dont je m'occupe, une cause d'erreur qu'il importe de signaler. L'hémorrhagie, en effet, peut exister même très-abondante, et cependant on n'en aperçoit aucune trace à l'extérieur. Que se passe-t-il alors ? Le sang s'est accumulé dans la cavité de la matrice, dont les parois, encore extensibles, cèdent à l'abord du liquide. Il peut même arriver que la femme meure d'hémorrhagie sans qu'une goutte de sang paraisse à l'extérieur ; de là l'importante distinction de la perte externe et de la perte interne.

---

(1) Dict. de méd. et de chir. prat., t. 9, p. 232.

Perte externe. — Ainsi que je l'ai déjà dit, on ne doit pas donner ce nom à tout écoulement extérieur ; car, immédiatement après la délivrance, et quelque temps après, le dégorgement est purement sanguin. Mais quand ce fluide traversera en quelques minutes les linges dont la femme est garnie, on concevra des inquiétudes. Que sera-ce lorsque le sang traversera rapidement les matelas et coulera de tous côtés? Alors la femme peut périr comme foudroyée. Voici quels sont les symptômes généraux que l'on observe dans la plupart des cas : ce sont ceux qui appartiennent à toute hémorrhagie considérable. Laissons parler là-dessus le professeur Dugès, si expérimenté en pareille matière.

« Anéantissement, nausées, bruissement des oreilles, étourdissement, lipothymies, pâleur extrême, refroidissement des extrémités, quelquefois frissons violents et passagers, douleurs des reins, anxiétés épigastriques, sentiment de faim, vomituritions, mouvements convulsifs, pouls petit, filiforme, supprimé, syncopes complètes et répétées, cécité et agitation extrême dans leurs intervalles, et enfin cessation de la vie. Nous avons vu quelquefois, en cas pareil, se montrer la plupart des symptômes d'une attaque d'hystérie. Ce serait, dans une semblable circonstance, une bien fâcheuse erreur que de croire que le mal est purement nerveux, et de s'en tenir aux antispasmodiques. Il serait moins dangereux, mais pourtant aussi préjudiciable au médecin et à la malade de prendre une atteinte d'hystérie pour le symptôme d'une métrorrhagie cachée. Il faut savoir aussi que bien des femmes ont, après la délivrance, divers symptômes spasmodiques, un frisson qui dure quelquefois une demi-heure et plus, une lipothymie, une syncope même qui n'annoncent rien de grave, et tiennent aux changements survenus dans la circulation par suite de la liberté instantanée de l'abdomen, comme on l'a vu aussi chez des hydropiques après la ponction (1). »

Lorsque la femme résiste aux terribles effets de l'hémorrhagie puer-

---

(1) Vol. cité, p. 412.

pérale, il est rare qu'elle ne s'en ressente pas long-temps. La convalescence est extrêmement pénible et entravée de mille manières, parce que la nature épuisée seconde mal les efforts du médecin; des faiblesses, des mouvements nerveux, des anorexies, des indigestions, reculent sans cesse le moment de la cure définitive, qui quelquefois n'arrive jamais.

Le sujet peut mourir à la suite d'une maladie consécutive, inflammation, convulsions, hydropisie, fièvre adynamique, etc. Quand la terminaison n'est pas aussi fâcheuse, il y a un état de pâleur remarquable et de faiblesse qui dure bien long-temps; le sang, privé de ernorine, reste séreux; le pouls est petit, fréquent; les règles ne reviennent pas ou ont lieu irrégulièrement; il y a de vives céphalalgies, etc. On peut bien combattre cet état; mais ce n'est ordinairement qu'au bout d'une longue période de temps qu'on le fait avec un succès complet. Il arrive même que la femme ne se remet jamais complètement.

D'après ce qui précède, on voit que le diagnostic de l'hémorrhagie externe est facile. L'apparition du sang en abondance, ou à une époque à laquelle il ne devrait pas se montrer, suffit pour ôter tout doute. L'écoulement peut être continu ou intermittent; dans ce dernier cas, il se forme des caillots; mais à mesure que la mort approche, la plasticité du liquide diminue, ainsi que sa couleur; il devient séreux, et il flue alors continuellement et sans obstacle. Quelquefois, avant la délivrance, il semble que l'hémorrhagie a lieu par le cordon; plusieurs auteurs ont même admis cette espèce de métrorrhagie. J'en conçois la possibilité dans le cas de grossesse gémellaire. Alors une ligature apposée remédie à tout. Mais hors cette circonstance, on s'est laissé, je crois, tromper par une apparence grossière; c'est-à-dire que le sang provenant de l'intérieur de l'utérus et coulant le long des parois externes du cordon, a paru sortir de la veine ombilicale. Un peu d'attention suffira pour se mettre à l'abri de cette cause d'erreur.

Perte interne. — Lorsque les causes de l'hémorrhagie s'exerçant sans obstacle, le sang ne peut se faire issue au dehors, la perte est

dite interne. Ce n'est guère qu'à l'époque de la parturition qu'une grave métrorrhagie peut survenir sans que rien apparaisse au dehors. Dans toute autre circonstance, la petitesse de la cavité utérine, l'inextensibilité de ses parois s'opposeraient à ce que l'accumulation fût possible. Elle est, au contraire, favorisée par les conditions opposées qui existent après l'accouchement.

Lors donc qu'une barrière quelconque empêche le sang de traverser le vagin, il s'opère un épanchement dans la matrice. Ceci arrive quand le délivre ou une portion du délivre, un état spasmodique du col, un ou plusieurs caillots, un gonflement inflammatoire des parois vaginales arrêtent le sang, et le forcent à rétrograder.

La femme court de grands dangers dans cette espèce d'hémorrhagie, de la présence de laquelle on n'est souvent averti que par les symptômes généraux. L'utérus se prête outre-mesure à cet épanchemement, qui peut être très-rapidement porté au point de devenir mortel. On reconnaît cette hémorrhagie aux trois signes suivants : 1° symptômes généraux; 2° absence de tout écoulement par la vulve; 3° la palpation du ventre et le toucher.

Les symptômes généraux sont les mêmes que ceux de l'hémorrhagie externe; je n'y reviendrai pas.

La circonstance de la sécheresse des parties extérieures, loin d'être rassurante, doit, au contraire, réveiller les soupçons. Excepté à l'époque de la fièvre de lait, le défaut de lochies annonce un état morbide. Dans le cas qui nous occupe, il y a rétention, et non suppression. L'examen immédiat, et l'observation des autres symptômes, apprendront la véritable cause du phénomène, qui peut être tout autre qu'un obstacle mécanique.

L'examen du ventre apprend que l'utérus se gonfle à mesure que le sang s'y accumule. Le fond s'élève au-dessus de l'ombilic; une tumeur saillante se manifeste : elle est analogue à celle de la grossesse; les flancs n'y participent pas. Cette tumeur est mollasse, et ne peut se confondre avec celle de la péritonite, de la métrite, du météorisme, de la tympanite, de la plénitude de la vessie. On la distinguera aussi aisément de celle qui est produite par la rétention du placenta, ou

la présence d'un autre fœtus. Chacun de ces états a des signes particuliers ordinairement faciles à reconnaître.

Le toucher apprend la nature de l'obstacle qui s'oppose à l'issue du sang.

Enfin, et ceci confirme le diagnostic, il arrive qu'une contraction de la matrice force l'obstacle, ou bien que celui-ci cède à la pression du sang; et alors l'hémorrhagie devient externe. Mais la contraction de la matrice n'est pas durable, ou bien l'obstacle se reforme, et le sang ne paraît plus. Il y a donc ainsi des alternatives d'écoulement et de rétention qui rendent la métrorrhagie mi-partie interne et mi-partie externe. Toutefois, je le répète, il n'est pas rare de voir des femmes périr à la suite d'épanchements sanguins entièrement internes.

Dans les cas de ruptures de la matrice, le sang peut s'épancher dans la cavité péritonéale. Ceci se reconnaît au gonflement uniforme de l'abdomen dans toute son étendue, aux signes de la solution de continuité, au commémoratif dans lequel on trouve des circonstances qui rendent celle-ci probable, enfin aux douleurs ou autres symptômes de la péritonite, si le malade vit assez long-temps pour cela.

Toutes les fois que la mort aura lieu par hémorrhagie, le cadavre se putréfiera aisément, il y aura peu de sang dans les vaisseaux; ce sang sera pâle, séreux, transsudera à travers les pores de leurs parois, et ira mouiller et colorer les parties voisines; une traînée rougeâtre marquera le passage d'un vaisseau. Des épanchements sanguinolents, par suite de la même cause, se formeront dans les cavités naturelles, dans le péritoine surtout.

Quand la perte a été interne, l'utérus est très-souple, très-extensible; par l'injection ou l'insufflation, on aggrandit facilement sa cavité. Cette cavité est remplie de caillots plus ou moins abondants.

Tels sont les effets généraux de la métrorrhagie dont je m'occupe. Je vais maintenant entrer dans les spécialités qui regardent chacune des principales causes qui peuvent lui donner naissance. On se rappelle que j'ai distingué ces causes en vitales et en mécaniques. Je traiterai d'abord des premières.

Causes vitales.

Ce sont l'état pléthorique, l'état spasmodique, l'inertie.

L'état pléthorique et l'état spasmodique produisent des hémorrhagies qui méritent essentiellement l'épithète d'actives. Les hémorrhagies dues à l'inertie sont passives, ainsi que nous le verrons.

État pléthorique. — Faute de mots généralement admis, j'étudierai, sous cette dénomination, des états tout-à-fait différents, mais que j'aurai soin de distinguer. Je parlerai, en premier lieu, de l'hémorrhagie produite et entretenue par un état pléthorique, soit général, soit local. En second lieu, il sera question de véritables métrorrhagies actives qui n'auront rien de commun avec la pléthore, du moins comme on entend ce mot habituellement. Je désignerai les premières par le mot métrorrhagies pléthoriques. Je proposerai le mot de métrorrhagies par fluxion essentiellement hémorrhagique, pour distinguer les secondes.

Hémorrhagies pléthoriques. — Elles s'accompagnent des symptômes habituels de la pléthore, et qui sont résumés dans les traits de ce que l'on appelle le tempérament sanguin. Ce dernier, quoique assez rare chez la femme, existe cependant, et il s'augmente quelquefois par suite du travail éminemment actif qui constitue la grossesse. Dans la pléthore, le sang abondant, ou riche en matériaux plastiques, surexcite les vaisseaux, et s'y meut avec force. Néanmoins, dans l'excès de pléthore, qu'on appelle oppression des forces, le pouls, quoique dur, est petit, souvent lent ou fréquent; ce qui, ajouté à d'autres symptômes d'adynamie, peut donner le change à un œil inexpérimenté.

La pléthore peut être générale ou bien circonscrite dans l'utérus. Dans ces deux cas, l'évacuation du sang est un bienfait de la nature, et il faut bien se garder de la combattre. On reconnaît cette espèce de métrorrhagie aux antécédents de la patiente, à qui, comme on dit, le sang faisait habituellement la guerre; à l'obligation où elle se trouvait de se faire pratiquer des saignées; à la négligence intempestive de ce moyen préventif; enfin, aux signes connus de la pléthore :

étourdissements, vertiges, céphalalgie, injection de la face, yeux brillants, pouls plein, dur, etc. De plus, à mesure que le sang coule, le malaise cesse, les symptômes généraux s'apaisent, signe manifeste de l'opportunité de l'évacuation, et qui sert merveilleusement pour établir le véritable diagnostic.

La pléthore locale de l'utérus existe toujours à l'époque de la parturition : c'est pour la dissiper que la nature provoque les dégorgements normaux qui suivent cette fonction. Ce dégorgement se fera en proportion du degré de la pléthore. Quelquefois il paraîtra effrayant, mais, si la femme ne s'en trouve pas mal, l'attention devra s'éveiller, et le phénomène sera exactement observé : mais on verra bientôt que le sang s'arrêtera de lui-même.

Les hémorrhagies pléthoriques sont donc, de toutes, les moins dangereuses; bien plus, elles sont fréquemment utiles, et leur suppression entraînerait des accidents graves, tels que congestions, apoplexies, inflammations. Mais il est à craindre qu'elles dépassent le point où elles sont avantageuses, et qu'elles poursuivent leur cours de manière à devenir funestes : alors elles prennent le caractère de celles dont je vais actuellement parler.

Métrorrhagies par fluxion essentiellement hémorrhagique. — Une hémorrhagie, instituée par la nature pour un but utile, peut, par la persistance vicieuse des mouvements qui servaient à la réaliser, subsister, lors même que le besoin qui la provoquait est entièrement satisfait. L'orgasme pléthorique a cessé, et toute évacuation ultérieure tend à amener un état opposé. Il est donc essentiel d'arrêter le sang : ce flux ne peut désormais produire que de fâcheux effets, il est devenu morbide quant à ses causes et ses conséquences.

Qu'est-ce donc qui l'entretient alors dans l'absence de tout besoin du système? C'est évidemment un état fluxionnaire, dont l'utérus est le terme, qui fait converger de ce côté non plus le sang surabondant et nuisible, mais celui qui est nécessaire à l'organisme pour l'entretien normal des fonctions. La paroi interne de la matrice est un centre d'aspiration, si je puis ainsi parler, qui attire les fluides répandus dans les autres parties, et les rejette au dehors. En un mot, c'est

une fluxion qui se compose de deux éléments : un mouvement d'attraction, et un mouvement synergique général dont la circonférence est partout dans le corps et le centre à l'utérus.

Cet état peut s'établir de lui-même et sans pléthore préalable, ni générale, ni locale. Il se retrouve dans une foule de circonstances, et dans ce que M. Lordat a fait connaître sous le nom de tempérament hémorrhagique. Dans ce tempérament, il y a de la délicatesse, et non de la vigueur; une sensibilité vive, et non de la pléthore; plus de maigreur que d'embonpoint. Or, par suite du travail puerpéral, cet état est, dans la femme, porté à un haut degré.

Les conditions générales favorables à la formation de la fluxion essentiellement sanguine étant ainsi établies, il n'est pas surprenant que le mouvement se dirige vers la matrice plutôt qu'ailleurs, celle-ci étant depuis long-temps un point de convergence des actes fluxionnaires, se trouvant gorgée de sucs sanguins, ayant les pores de ses vaisseaux largement ouverts après la délivrance, étant le siége d'un dégorgement indispensable, et ayant pu être irritée par le fait seul de l'accouchement et des manœuvres que celui-ci a nécessitées.

Les femmes d'un tempérament délicat, qui étonnent par la prodigieuse quantité de leur sang menstruel, et la facilité avec laquelle s'établissent dans elles les pertes en rouge, sont celles qui sont le plus sujettes à cette espèce d'hémorrhagie. Mais, je le répète, l'état puerpéral et la situation particulière de la matrice, après la parturition, expliquent et la formation du mouvement hémorrhagique, et sa direction.

Les bons accoucheurs ont remarqué que, dans les cas de ce genre, de même que dans les hémorrhagies pléthoriques, il y a un véritable molimen qui donne au flux un caractère bien prononcé d'activité, et qui précède la formation de ce dernier. Ce molimen est annoncé par un spasme et un frisson plus ou moins prononcés, la fièvre, un sentiment de pesanteur dans les lombes, un prurit aux parties génitales, etc. Mais ces symptômes sont plus marqués dans l'espèce précédente. La présence d'un corps étranger dans l'utérus favorise cette espèce d'hémorrhagie, la complète, la décide, en irri-

tant morbidement les parois de l'organe. Ce qui le prouve, c'est que cette métrorrhagie ne survenant que lorsque l'irritation est devenue suffisante, peut n'apparaître que plusieurs jours après la parturition, quand les parties sont bien revenues sur elles-mêmes. Ces corps étrangers peuvent être un caillot, un lambeau de membrane, une portion de placenta, soit que ces corps aient éprouvé ou non un commencement de putréfaction. Il est bon de ne pas confondre les cas où la matrice est réellement irritée par ce qu'elle contient, de ceux où elle est empêchée mécaniquement dans son mouvement de retrait, par un corps d'un volume suffisamment considérable; ce qui constitue une autre cause de métrorrhagie que j'examinerai plus tard.

Métrorrhagie par état spasmodique général ou local. — J'ai peu à dire sur cette espèce, qui a été peu étudiée. Lorsque la forme convulsive et l'hémorrhagie existeront en même temps, il faudra rechercher quelle est celle qui est la cause par rapport à l'autre. Souvent on verra que l'état convulsif sera produit par la perte sanguine; quelquefois pourtant on sera amené à une conclusion contraire. Quand la femme est sujette à l'hystérie, aux mouvements spasmodiques, que la convulsion aura précédé l'hémorrhagie, que celle-ci cédera aux moyens antispasmodiques, on pourra se prononcer hardiment sur la nature nerveuse de la métrorrhagie. D'ailleurs l'analogie qui prouve que bon nombre d'hémorrhagies sont provoquées et entretenues par un état nerveux, suffirait pour faire croire à la possibilité de l'espèce en question, sur laquelle je désirerais que l'on fît des recherches.

J'en dirai autant de la métrorrhagie par spasme local. On conçoit très-bien qu'un état de spasme fixe s'oppose à la contraction des parois utérines, et maintienne béants les sinus veineux qui fournissent le sang; mais je ne sache pas qu'on puisse établir cette espèce d'hémorrhagie sur des observations suffisamment précises. La métrorrhagie interne due à la contraction du col, le reste de la matrice conservant ses dimensions, paraît mieux démontrée; toutefois elle est niée par de bons praticiens. Ceci est une question sur laquelle il ne m'appartient pas de prononcer.

Inertie. — L'état inerte de l'utérus a, au contraire, été l'objet d'une foule d'investigations, et l'on peut dire que la science possède des acquisitions précieuses à ce sujet. Je reprocherai seulement aux accoucheurs qui se sont occupés de ce point important, d'avoir un peu trop localisé le mal, et de ne pas s'être suffisamment enquis des affections générales de l'organisme qui peuvent décider et entretenir l'inertie de l'utérus, ce qui, à mon sens, a dû nuire aux progrès de la thérapeutique de cet accident redoutable.

Après les émotions de tout genre, après les fatigues qu'entraînent la grossesse, la parturition, à la suite surtout des maladies qui peuvent compliquer cet état ou coexister avec lui, il n'est pas surprenant qu'une stupéfaction générale s'empare de la malade. C'est, si vous voulez, une paralysie momentanée de la force contractile, un épuisement qui ne va pas jusqu'à la syncope, mais qui peut cependant amener celle-ci s'il dure assez long-temps. Les muscles sont dans un état de brisement et de flaccidité; ils ont perdu leur ressort; quelquefois ils s'agitent irrégulièrement. Mais ces spasmes cloniques sont le résultat d'un défaut d'innervation, et les contractions ne sont pas soutenues. La matrice participe à ce mode de vitalité morbide. Au lieu de revenir sur elle-même, ses parois se maintiennent dans l'écartement où la parturition les a laissées; des contractions salutaires tendent quelquefois à s'établir, mais ces efforts sont momentanés et impuissants. En cet état, les sinus utérins restent béants et le sang coule à flots. Il distend la matrice qui manque de ressort pour s'y opposer; si un obstacle bouche le canal vulvo-utérin, alors l'hémorrhagie est interne; s'il n'y a pas d'obstacle à l'issue du liquide, celui-ci coule au dehors et l'hémorrhagie est externe.

On a remarqué que de toutes les causes générales de l'inertie, après celle qui précède, les plus puissantes étaient un mouvement fébrile, une chaleur excessive. Effectivement la fièvre et une température trop élevée épuisent les forces, raréfient le sang, activent la circulation, diminuent la densité des solides, toutes conditions favorables à l'inertie et à l'hémorrhagie. L'inertie se combine donc très-bien avec les éléments de la fluxion hémorrhagique et les con-

ditions favorables à cette dernière ; il n'est donc pas surprenant que, sous ces influences, il s'établisse de redoutables métrorrhagies. Ainsi il peut arriver qu'un écoulement qui commence par une fluxion active et même pléthorique finisse par devenir entièrement inerte, quand la force contractile de l'organe se trouvera détruite par l'effet des mouvements qui ont précédé, et par l'effet même de la perte de sang.

D'autres fois le collapsus utérin reconnaît des causes purement locales : ce sont celles qui, en distendant outre-mesure les fibres musculaires, les auront privées de leur ressort. Telles sont le volume du fœtus, la grande quantité des eaux, une grossesse gémellaire. L'extrême facilité du travail de la parturition, le reste étant dans l'état normal, peut amener un semblable résultat. Il en est de la matrice, en effet, comme des autres cavités du corps, qui, après la distension, ne reprennent que peu à peu leurs dimensions. Si la partie contenue s'échappe promptement, un certain temps devra s'écouler avant que des contractions suffisantes s'opèrent.

D'après ce qui précède on peut avancer que l'inertie peut être la suite d'une parturition aisée comme d'une parturition difficile : on en conçoit le mécanisme dans les deux cas.

L'inertie se reconnaît premièrement aux circonstances qui l'ont précédée, et ensuite aux signes suivants : la matrice est mollasse ; il n'y a point de contractions, par conséquent point de tranchées. L'accoucheur ne sent pas cette boule rassurante qui indique que l'organe revient à son volume normal. L'état de flaccidité est donc permanent ou à peine interrompu par quelques roidissements imparfaits. L'organe flotte pour ainsi dire flasque, large et aplati au-devant du rachis, jusqu'au niveau de l'ombilic et même davantage. La main introduite dans l'utérus s'aperçoit mieux de cette mollesse, de cette impuissance du viscère ; mais il ne faudrait pas en juger par l'état du col seulement, qui reste souvent mou, lâche, béant pendant les premiers jours, quoique le fond soit contracté (1).

(1) Dugès, *loc. cit.*, p. 440.

L'état dont je parle actuellement est le plus favorable à la formation de la métrorrhagie interne; aussi est-ce alors que celle-ci se déclare le plus souvent de la manière que j'ai décrite plus haut.

Telles sont, parmi les causes vitales, celles qui amènent habituellement la métrorrhagie après la parturition. Toutefois je dois indiquer ici la possibilité d'hémorrhagies de ce genre, que provoquent et entretiennent d'autres affections. Ainsi, par exemple, on a observé qu'il y avait des époques auxquelles les écoulements sanguins puerpéraux s'établissaient avec une facilité et une intensité singulières. Et l'on a mis cela sur le compte d'une constitution épidémique. Le caractère de cette constitution peut varier. Le médecin doit connaître cette circonstance extrêmement importante pour la thérapeutique. De toutes les affections autres que celles dont j'ai parlé, l'affection bilieuse est celle qui produit le plus fréquemment des hémorrhagies utérines. C'est par une observation attentive du malade, de ce qui l'entoure et de ce qui a précédé, que le médecin parviendra au véritable diagnostic.

Causes mécaniques.

Il ne suffit pas que tout fonctionne bien dans l'ordre vital, au département utérin et au reste de l'économie, pour que le mouvement centripète nécessaire après la sortie de l'enfant s'exécute régulièrement. Malgré les meilleures dispositions des tissus et du système vivant, ce mouvement peut être rendu indispensable par suite d'un obstacle mécanique qui existe dans la matrice. Il ne faut pas croire néanmoins qu'il n'y ait absolument rien de vital dans le mode d'action de l'obstacle. Il est probable qu'il irrite l'organe, et qu'il devient ainsi une occasion de fluxion hémorrhagique. Mais celle-ci n'existe pas *per se*, et elle cesse quand les contractions normales sont devenues possibles et efficaces. Ces obstacles sont le plus souvent : 1° la rétention d'un corps liquide ou solide; 2° la présence d'un second enfant; 3° un changement dans la situation de l'organe; 4° une solution de continuité.

Retention d'un corps liquide ou solide. — Quelquefois une obstruction du vagin empêche la sortie du sang et des lochies. Ces fluides s'opposent au retrait de l'utérus, malgré les contractions de celui-ci. Le sang peut être fluide ou pris en caillots, et cet état peut entretenir l'hémorrhagie. La palpation de la région hypogastrique annonce alors la distension de l'utérus, dont les efforts se manifestent par des tranchées qui peuvent provoquer la sortie d'une partie des matières, ou être impuissantes. Le toucher et l'introduction de la main révèlent la nature du corps retenu et celle de l'obstacle.

Mais le plus souvent l'hémorrhagie est due à la rétention d'une partie ou de la totalité du placenta, qui peut avoir éprouvé ou non un commencement de putréfaction; avoir été oublié, ou être adhérent. Cette cause se reconnaît au commémoratif, à l'examen de l'hypogastre, au toucher, et à la présence des tranchées. Il peut arriver que le placenta détaché tombe sur le col de manière que sa face fœtale répond à l'orifice. Les membranes étant alors repliées sur elles-mêmes, il en résulte une cavité formée, d'une part, par la paroi utérine des secondines et l'utérus, cavité dans laquelle le sang s'amasse. D'autres fois le placenta est plié sur lui-même, et forme une gouttière qui laisse passer le sang : dans ce dernier cas, l'hémorrhagie est externe. La présence du placenta dans la matrice se reconnaît à une tumeur dure et globuleuse à l'hypogastre, du volume à peu près de la tête d'un enfant à terme, aux douleurs légères qui se font sentir à la région lombaire, à un sentiment de pesanteur du côté du rectum. Mais, je le répète, le toucher et le commémoratif sont le meilleur moyen de diagnostiquer la nature du corps retenu.

Séjour d'un deuxième enfant dans l'utérus. — Dans les cas où les deux placentas étaient confondus, si l'on entreprend la délivrance avant l'expulsion des deux fœtus, on expose la femme à une hémorrhagie dangereuse. D'ailleurs, il n'est pas rare de voir, dans ce cas sommaire que l'arrière-faix est encore adhérent, le sang jaillir avec pulsation de la veine ombilicale coupée du premier enfant. Cela s'explique par les anastomoses qui existent entre les deux placentas. Le toucher et la tumeur de la matrice indiquent le commencement d'un nouveau travail : la présence d'un second enfant.

Changement dans la situation de l'utérus. — Il s'agit ici du renversement de la matrice, qui peut n'être qu'une simple dépression, ou bien un renversement complet dans lequel le fond fait saillie à l'orifice, ou même pend entre les cuisses. On conçoit comment cette disposition empêche le retrait de la matrice et entretient l'hémorrhagie. Le vide qui se fait sentir à l'épigastre, et la tumeur anormale que le toucher décèle, éclairent le diagnostic, qui s'aide aussi des dispositions intérieures ou des violences qui ont pu déterminer cet accident.

Rupture de la matrice. — Une chute, un coup, un instrument tranchant, ont pu l'occasionner. D'autres fois elle est spontanée, et dépend des contractions de l'organe ou des mouvements brusques du fœtus, surtout quand le tissu utérin est malade, ou bien qu'il présente une cicatrice. La rupture existe le plus souvent sur les côtés, au fond ou vers le col. Cet accident, d'une gravité extrême, s'accompagne d'hémorrhagie dans l'intérieur du péritoine; mais il arrive principalement durant le travail. Je n'en parlerai donc pas davantage.

Telles sont les causes mécaniques les plus fréquentes d'hémorrhagie utérine après la parturition. Elles peuvent agir seules, ou bien se compliquer avec celles qui sont d'un ordre vital. Souvent elles jouent, par rapport à ces dernières, le rôle de cause prédisposante, déterminante ou occasionnelle. Souvent l'écoulement sanguin, qui provient d'abord d'un simple obstacle ou retrait de la matrice, se complique ensuite d'un mouvement fluxionnaire actif, ou bien d'inertie. Ces cas ne sont pas rares en pratique.

Thérapeutique.

Le lecteur qui aura lu ce qui précède ne sera pas étonné de la brièveté de cet article. J'ai, en effet, en classant du mieux qu'il m'a été possible les causes des métrorrhagies après la parturition, établi mes principes, dont il ne me reste maintenant qu'à faire l'application.

D'après ce que j'ai dit, on a dû voir que, sauf les cas d'hémorrhagie suscitée et entretenue par un besoin du système, la maladie

est grave, et il faut l'arrêter au plus tôt. Toutefois, dans ces cas même, il faut bien surveiller le sujet; car telle hémorrhagie qui commence par être utile, devient bientôt indifférente, et alors elle ne tarde pas à être nuisible.

Il faudra d'autant plus se hâter, que le flux s'établira à une époque rapprochée de l'accouchement, et que la femme sera faible, délicate, fatiguée, épuisée par les scènes antécédentes.

Voici, ce me semble, les indications qu'il importe d'établir: 1° l'hémorrhagie est parvenue à un degré tel, soit par son abondance, soit par l'état du sujet, qu'elle menace rapidement la vie. Dans ce cas, il faut arrêter le sang directement, sans s'enquérir des causes, lui opposer des digues, des barrières suffisantes; 2° l'hémorrhagie n'est pas d'une nature aussi grave, et l'on a du temps devant soi.

Certes, du moment qu'un flux de sang est morbide, que son existence est incompatible avec la santé ou la vie, il est bon de l'arrêter; et il semblerait que, sous ce rapport, la première indication dût être toujours remplie. Mais si l'on se rappelle que ces moyens ne sont pas quelquefois sans danger; que, d'autres fois, ils sont purement palliatifs, on n'aura pas autant de confiance dans leur emploi, d'autant plus qu'ils ne dispensent jamais de l'administration de ceux que réclame la cause véritable de l'hémorrhagie.

On parvient à arrêter directement un flux de sang menaçant, à l'aide de moyens astringents ou sédatifs, ou de procédés mécaniques.

Astringents, sédatifs. — Le froid est employé de toutes les manières. On couvre peu la malade; elle prend des boissons glacées; on fait des applications de ce genre sur l'hypogastre, le ventre, les cuisses. Enfin, on pratique des injections dans le vagin, dans la matrice. Mais écoutons à ce sujet M. le professeur Dugès: « Le froid est généralement nuisible aux femmes en couche, et il ne faut y recourir, du moins à un certain degré, qu'en cas de nécessité évidente. Les injections surtout causent un spasme violent et disposent à des métrites funestes (1). »

---

(1) *Loc. cit.*, p. 444.

Les astringents peuvent être employés seuls ou associés au froid. Les acides sont ceux que l'on choisit ordinairement : ce sont le vinaigre, l'eau de Rabel. On les administre plus ou moins étendus d'eau, de la même manière que les liquides froids. On les introduit même à peu près purs dans la matrice : tel est, entre autres, le procédé du citron écorcé ; mais cette pratique ne me paraît pas sans danger. Si l'on se souvient qu'une femme en couche est dans un état d'éréthisme et de faiblesse souvent considérable, on sera modéré dans l'emploi de cette médication, si l'on ne veut donner lieu à des spasmes, à des phlegmasies, à des lésions organiques funestes.

Moyens mécaniques — Ce sont ceux qui tendent à empêcher l'abord du sang vers la matrice, ou bien qui s'opposent à sa sortie. Parmi les premiers, on compte les ligatures circulaires des membres, que les bons praticiens ont abandonnées, la compression de l'aorte ventrale pratiquée sur l'abdomen ou plus directement par une main introduite dans l'utérus. Ce dernier procédé ne me paraît pas être praticable, l'autre compte quelques succès.

Le tamponnement du vagin me semble préférable à ces moyens : quelquefois le seul effet qu'on en obtient est de changer un flux externe en flux interne. Néanmoins, et même dans ce dernier cas, il s'est montré suffisamment efficace pour que son emploi doive être recommandé. Cependant il a de nombreux inconvénients ; il gêne beaucoup, il irrite ; d'ailleurs son application est difficile ; il faut l'enlever de temps en temps pour prévenir la putréfaction des caillots, pour laisser passer les urines, les matières fécales ; il se mouille, se resserre et devient alors insuffisant. Il ne faut donc pas le prescrire à la légère : c'est pourtant une ressource qu'on ne doit pas négliger. Des bourdonnets de charpie enduits de cérat, introduits un à un, des compresses épaisses, et un bandage en T, tel est le mode d'application le plus convenable. On ne ferait pas mal de placer au préalable une sonde pour l'évacuation des urines. Une compression à l'hypogastre, propre à agir sur la matrice et sur l'aorte, favoriseront les effets du tampon.

Les procédés dont je viens de parler sont directement antihémor-

rhagiques ou hémostatiques. Ils peuvent convenir à toutes les métrorrhagies quelle qu'en soit la cause. On les met en pratique quand celle-ci est inconnue, ou bien quand la vie s'échappant avec le sang, il faut arrêter celui-ci à tout prix. Ils sont des auxiliaires, des palliatifs utiles qui font gagner un temps précieux pour l'administration des véritables remèdes ; et si, dans quelques circonstances, ils offrent l'unique ressource, d'autres fois, comme nous le verrons, ils sont inutiles ou même nuisibles. En thérapeutique, il n'est rien d'absolu; les choses n'y vont bien que lorsqu'elles sont à leur place.

Parlons maintenant des moyens que réclament les espèces de métrorrhagies que j'ai admises.

Celles qui reconnaissent des causes d'un ordre essentiellement vital, réclameront des moyens dont l'action sera du même ordre. Les anti-hémorrhagiques et les hémostatiques pourront être employés comme auxiliaires, palliatifs, pourvu que leur mode d'agir ne contrarie pas l'indication principale. Enfin, ils seront une dernière ressource quand les moyens rationnels seront reconnus inefficaces. Alors seulement on pourra les employer dans toute leur plénitude et leur énergie.

Métrorrhagie pléthorique. — On doit la respecter quand elle est utile. Néanmoins, surtout si elle a lieu peu après la parturition, elle dégénérera si rapidement, qu'il sera presque toujours nécessaire de la combattre sur-le-champ. Au contraire, à une époque assez éloignée, on pourra la laisser aller s'il y a des symptômes évidents de pléthore. Mais comme il vaut mieux que l'évacuation se fasse ailleurs qu'à l'utérus, pour des raisons faciles à concevoir, il sera bon de pratiquer une saignée proportionnée à l'âge, au tempérament, à l'état des forces. On y revient si c'est nécessaire. De plus, on emploie les autres moyens reconnus utiles dans les cas de pléthore : suppression des aliments, boissons acidules, etc. Ici les astringents énergiques seront principalement à redouter. Le traitement préservatif, dans cette espèce d'hémorrhagie, consiste dans des saignées placées à propos durant la grossesse ou pendant le travail.

Métrorrhagie par fluxion hémorrhagique. — Cet état existant presque toujours avec la faiblesse et la délicatesse du tempérament, il ne faut

pas songer à arrêter le molimen par la saignée. A peine peut-on se permettre l'emploi de quelques sangsues. On emploiera principalement aux lombes, sur le bas-ventre, des attractifs, des révulsifs, vésicatoires volants, sinapismes, etc. Ici les sédatifs et les astringents doux seront fort utiles. Il y a deux indications, celle de combattre le molimen, et de changer la forme de la fluxion; on y parvient à l'aide des moyens précédents. Ceux-ci étant fréquemment inefficaces, on est obligé d'avoir recours au froid, aux astringents employés sous toutes les formes, au tamponnement, etc. Quand on a affaire à des femmes sujettes à cette espèce d'hémorrhagie, on cherchera à prévenir l'accident à l'aide des attractifs, des toniques doux, des nervins.

Métrorrhagie spasmodique. — Elle exige un calme moral parfait que le médecin et les assistants tâcheront d'obtenir par la persuasion ou des distractions. Les antispasmodiques seront administrés sous toutes les formes. Dans les cas de spasme du col, des pommades avec la jusquiame, la belladone, l'acétate de morphine, pourraient être introduites dans le rectum, peut-être même appliquées directement sur l'utérus. Mais il faut être sobre de narcotiques proprement dits, car ils facilitent les congestions, et provoquent eux-mêmes des hémorrhagies. Toutefois les opiacés seront prescrits quand l'indication se montrera bien évidente. Les moyens moraux, un peu d'infusion de tilleul, suffisent seuls assez fréquemment dans les hémorrhagies de ce genre. Dans les cas d'insuccès, on essaie la série des moyens indiqués au paragraphe précédent, pour passer aux anti-hémorrhagiques et aux hémostatiques par excellence, s'il y a lieu. Mais, règle générale, quand on emploie ces derniers, il ne faut pas abandonner les remèdes qui sont indiqués par la cause. Leur réunion peut amener une cure pour laquelle chacun d'eux isolément aurait été insuffisant. L'hémorrhagie par spasme pourra être prévenue par tout ce qui pourra maintenir l'innervation dans son mode normal de stabilité.

Inertie. — C'est de toutes les causes des hémorrhagies la plus commune et la plus grave. Si elle est due à un épuisement général, les toniques et les excitants seront prescrits. Les moyens propres à

combattre l'inertie produite par une température extérieure trop élevée s'indiquent d'eux-mêmes. Un état fébrile qui amènera le même résultat est un maladie qui a ses indications propres, que le praticien doit découvrir : tantôt il faudra administrer une médication rafraîchissante, tantôt émétique; tantôt ce sera le quinquina, etc.

L'inertie locale sera traitée par des moyens généraux, spéciaux et directs. Les premiers sont les toniques ou excitants, dont je conseillais tout à l'heure l'emploi. Le seigle ergoté est un médicament proposé de nos jours, et dont l'action particulière se porte sur la matrice, dans laquelle elle suscite des mouvements contractiles. Il compte déjà plusieurs succès.

Les moyens directs sont introduits dans la matrice même : ce sont des stimulants, des toniques, des astringents. Il y a de bons praticiens qui redoutent, pour l'avenir surtout, le contact de ces substances, et qui pensent que l'introduction de la main, et la titillation des parois de l'utérus à l'aide des doigts, doit suffire dans la plupart des cas. En même temps, on fera des frictions à l'hypogastre, ou pratiquera de douces pressions, et tout ce qui pourra contribuer à réveiller la vitalité de l'organe.

De fréquents insuccès ont appris qu'il était souvent nécessaire, dans ces cas, d'avoir recours aux moyens antihémorrhagiques et hémostatiques. Nous avons vu que le tamponnement pouvait être utile même dans ce cas. En effet, si le sang nécessaire pour distendre la matrice a pu s'échapper sans donner la mort, il formera, quand les parois ne pourront plus céder, un obstacle qui pourra être efficace et empêcher toute hémorrhagie ultérieure.

Lorsque l'accouchement a été tellement prompt, qu'il y aura lieu de craindre que cette vacuité subite ne produise l'inertie, on retardera la délivrance. L'inertie pourra, du reste, être prévenue par l'éloignement des causes qui la provoquent, et dont j'ai examiné les principales.

Les obstacles mécaniques qui s'opposent au retrait de l'utérus et donnent lieu à des hémorrhagies seront enlevés par des moyens mécaniques quand ils agissent seuls, et on y associera d'autres remèdes,

selon l'indication. Ainsi, si la rétention a produit de l'irritation, celle-ci sera tenue en ligne de compte et combattue directement. Si elle est favorisée par un état spasmodique, on débutera, au contraire, par un traitement approprié, et l'on s'occupera ensuite de l'enlèvement de l'obstacle.

Celui-ci peut être, ainsi que je l'ai dit, le sang, les matières des lochies, le placenta, un second enfant, un renversement de la matrice, une rupture.

Sang et lochies. — Leur rétention est due à l'étroitesse du vagin, ou à des caillots. Quand on aura rétabli la capacité du canal, on fera des injections tièdes, ou bien on enlèvera les caillots avec les doigts.

Placenta. — On hâtera la délivrance en se conformant aux règles relatives à cet objet, dans le détail desquelles je puis entrer. Je dois mentionner pourtant le moyen proposé par M. Major, qui consiste à injecter de l'eau froide dans la veine du cordon pendant hors de la vulve. Cette pratique sert à la fois à atteindre les deux buts que l'on se propose, qui sont le détachement, l'expulsion du placenta et la suspension de l'hémorrhagie.

Séjour d'un second enfant. — Si l'hémorrhagie a lieu par le cordon, on en fera la ligature; et si le décollement du fœtus qui reste a eu lieu, on hâtera le travail ou on procédera à la parturition artificielle.

Dépression, renversement de la matrice. — On doit opérer et maintenir la réduction. On se souviendra que cet accident se complique assez souvent avec l'inertie.

Rupture de l'utérus. — Quoique cet événement ne soit pas essentiellement mortel, il est rare que la femme en guérisse. Quand l'hémorrhagie en est le phénomène le plus grave, on cherchera à l'arrêter par les antihémorrhagiques et les hémostatiques. Malheureusement ces derniers sont peu efficaces, car le sang s'épanche dans le péritoine. D'un autre côté, on doit prévenir les inflammations de cette membrane et la métrite, qui en sont si souvent la conséquence. On réduit aussi les intestins qui glissaient dans la cavité utérine. Pour les détails, on consultera les traités *ad hoc.*

Les causes de la métrorrhagie, après la parturition, peuvent se com-

pliquer mutuellement, et entrer chacune pour leur part dans la production du phénomène. Le praticien s'efforcera d'apprécier leur valeur respective, et les combattra suivant leur rang d'importance. Le petit nombre des règles générales qu'on peut établir à ce sujet a été déjà exposé; le reste doit être livré à la sagacité du praticien.

Il ne suffit pas d'avoir arrêté le sang : il faut amener la femme à la santé, et, pour cela, dissiper les fâcheux effets de la perte. Ceci est encore une tâche difficile. Combien de contre-temps variés retardent la guérison! spasmes, convulsions, lipothymies, syncopes, adynamies, dyspepsies, etc. Suivant le symptôme le plus pressant, la prédisposition et l'affection dominante, on devra varier la médication. Cependant on ne peut méconnaître que l'indication principale consiste à rendre à la femme les forces qu'elle a perdues. Pour cela on favorise l'hématose, et on fournit à cette fonction les matériaux nécessaires par un régime analeptique et fortifiant. Mais que l'on n'oublie pas que, quel que soit l'état de faiblesse, ou mieux qu'à cause de cet état de faiblesse, des congestions et des inflammations se forment très-aisément. Il faut donc être circonspect dans l'emploi des stimulants; car ces congestions et ces inflammations sont très-redoutables et fort difficiles à traiter.

Je me contenterai de nommer ici la transfusion de sang qui a opéré, en Angleterre, des guérisons éclatantes, et qui demeure proscrite unanimement en France. Les insuccès ont-ils été dus au vice des procédés? La chose vaut la peine qu'on l'expérimente.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT, *Examinateur.* Physiologie.
DELILE, *President.* Botanique.
LALLEMAND, *Examinateur.* Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
DUGÈS. Path. chir., opérations et appareils.
DELMAS, *Suppléant.* Accouchements.
GOLFIN, *Examinateur.* Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicol.
RENÉ. Médecine légale.
N............ Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug.-Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER, *Suppl.*
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET, *Examinat.*
ESTOR, *Examin.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés ; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque!

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er Examen. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.*

2e Examen. *Anatomie, Physiologie.*

3e Examen. *Pathologie interne et externe.*

4e Examen. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5e Examen. *Accouchemens, Clinique interne et externe.* (Examen prat.)

6e et dernier Examen. *Présenter et soutenir une Thèse.*